

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1908-1909. — N° 1

DE LA
RÉSECTION INTESTINALE
DANS
LA HERNIE ÉTRANGLÉE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 26 Octobre 1908

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André RÉSILLOT

Né le 14 Janvier 1884, à Bussières (Saône-et-Loire),

Ex-Interne des Hôpitaux de Grenoble.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Octobre 1908

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1908-1909. — N° 1

DE LA

RÉSECTION INTESTINALE

DANS

LA HERNIE ÉTRANGLÉE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 26 Octobre 1908

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André RÉSILLOT

Né le 14 Janvier 1884, à Bussières (Saône-et-Loire),

Ex-Interne des Hôpitaux de Grenoble.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Octobre 1908



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT Assesseur.
DOYEN HONORAIRE : M. LORTET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, MONOYER, BONDET, MAYET, SOULIER, TRIPIER

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE
Cliniques chirurgicales		TEISSIER
Clinique obstétricale et Accouchements		BARD
Clinique ophtalmologique		PONCET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JABOULAY
Clinique des maladies mentales		FABRE
Clinique des maladies des enfants		ROLLET
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS
Physique médicale		PIERRET
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL
Chimie organique et Toxicologie		POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique		X...
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ
Anatomie		CAZENEUVE
Anatomie générale et Histologie		BEAUVISAGE
Physiologie		GUIART
Pathologie interne		TESTUT
Pathologie et Thérapeutique générales		RENAUT
Anatomie pathologique		MORAT
Médecine opératoire		ROQUE
Médecine expérimentale et comparée		COLLET
Médecine légale		PAVIOT
Hygiène		POLLOSSON (M.)
Thérapeutique		ARLONG
Pharmacologie		LACASSAGNE
		COURMONT (J.)
		PIC
		FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,
Pathologie externe	VALLAS,

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires	MM. ROCHET.	agrégé
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	ag.
Hygiène administrative	LESIEUR,	—
Accouchements	COMMANDEUR	—
Matière médicale	MOREAU	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	TIXIER	PATEL	LAROYENNE
PAVIOT	REGAUD	J. LÉPINE	VORON
SAMBUÇ	COMMANDEUR	LESIEUR	NOGIER
COURMONT (P.)	GAYET	MARTIN (Etienne)	MOUNEYRAT
CHATIN	MOREL	CAVAILLON	LATARGET, ch..
VILLARD	NEVEU-LEMAIRE		

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ROLLET, Président ; GAYET, Assesseur ;
MM. PATEL et CAVAILLON, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

Le Docteur LAGRANGE

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET

A MONSIEUR LE DOCTEUR DELORE

Chirurgien des Hôpitaux.

INTRODUCTION

Malgré tous les travaux parus jusqu'à ce jour, les chirurgiens ne sont pas d'accord sur la conduite à tenir dans la hernie étranglée, en présence d'une anse intestinale dont la vitalité est douteuse. Dans ce travail, nous laisserons de côté le cas d'une anse perforée ou atteinte de sphacèle étendu, alors l'hésitation n'est plus possible, la résection s'impose. Mais voilà un intestin de coloration vineuse, sur lequel les sillons d'étranglement sont nettement tracés et dont la paroi oedématiée et épaissie a perdu sa souplesse, qu'elle ne reprend qu'imparfaitement sous l'action de l'eau bouillie tiède. Dans ce cas, si fréquent en pratique, faut-il réduire? Faut-il réséquer? Pour nous, c'est la seconde alternative qui est la vraie et nous essaierons de le prouver en nous appuyant tant sur les résultats qu'à bien voulu nous fournir M. Delore, que sur les recherches anatomopathologiques et microbiologiques les plus récentes.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

DE LA

RÉSECTION INTESTINALE

DANS

LA HERNIE ÉTRANGLÉE

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE ET PATHOGÉNIE

1. — Anatomie pathologique.

Les travaux de Cornil et Tschistowich ont bien mis en lumière les altérations histologiques des tuniques intestinales dans la hernie étranglée. La compression du mésentère, et par conséquent des vaisseaux afférents de l'anse, amène une gêne considérable dans la circulation ; cette gêne ne fait que s'accroître et détermine une congestion intense qui se traduit à l'œil nu par une coloration rouge foncé et bientôt noirâtre caractéristique, on a pu dire avec raison que, dans le cours d'une kélotomie, si l'on hésite à reconnaître l'intestin, c'est qu'on ne l'a pas sous les yeux. En même temps, il se produit des suffusions sanguines au-dessous du péritoine.

Sur une coupe, on reconnaît l'existence de petites hémorragies prédominant dans la sous-muqueuse et

aussi dans la tunique musculaire où elles dissocient les fibres longitudinales. Les travaux ultérieurs n'ont fait que confirmer l'opinion de Nicaise, d'après lequel les lésions de nécrose débutent au niveau de la muqueuse. Les cellules cylindriques de l'épithélium se troublent, perdent leur contour et tombent dans la lumière intestinale.

Bosc et Blanc ont étudié sur des pièces pathologiques et expérimentales les altérations de la paroi intestinale. On voit la diapédèse excessive dans les villosités, autour des glandes, dans l'interstice des fibres musculaires, jusque sous la séreuse ; la thrombose des vaisseaux et les hémorragies interstitielles marquées surtout dans la tunique musculaire. On peut voir l'épithélium desquamé, les glandes étouffées ou réduites à leurs culs-de-sac, les fibres musculaires dissociées et ayant subi par places la dégénérescence hyaline. En certains points, mais surtout au niveau des sillons d'étranglement, les altérations sont plus rapides : l'épithélium, la couche des fibres circulaires disparaissent en premier lieu ; puis les fibres musculaires longitudinales et la celluleuse, qui avaient d'abord résisté, cèdent à leur tour. La séreuse n'est pas encore entamée. Ainsi en réduisant une anse, qui au premier abord paraît saine on s'expose à déterminer une péritonite mortelle.

Mais, outre cette complication, la plus grave de toutes, les lésions profondes des tuniques nous permettent de comprendre facilement les accidents qui viennent si souvent aggraver le pronostic de la kélotomy. Elles nous expliquent la paralysie de l'anse, la

persistance des sillons d'étranglement, les entérorragies tardives. La rétraction, consécutive aux lésions nécrotiques, nous donne la clé des rétrécissements qui, plusieurs années après la réduction, nécessiteront une nouvelle intervention.

II. — Pathogénie des accidents toxi-infectieux.

Pour expliquer les complications générales qui emportent un si grand nombre de malades après la kélotomie, quelquefois même après la résection (nous sommes obligés de l'avouer), Verneuil avait créé la notion de la stercorémie. Par suite des lésions de toutes les tuniques intestinales et des ulcérations de la muqueuse, il se produit un degré plus ou moins accentué de paralysie intestinale dont on se rend bien compte au cours de toute opération de hernie étranglée. On arrive sur un intestin, qui extérieurement ne semble pas très malade, mais on ne voit plus se produire à sa surface d'ondes péristaltiques, la tunique musculaire a perdu ses propriétés physiologiques. Ainsi à ce niveau il se fait une stase stercorale, les produits toxiques pénètrent dans la circulation et vont littéralement empoisonner le malade. C'est à la stercorémie que Verneuil attribuait les accidents broncho-pulmonaires qu'il a si bien étudiés. Comment expliquer, autrement que par un empoisonnement déterminé par les produits toxiques intestinaux, ces cas qui s'accompagnent d'algidité et que l'on a décrits sous le nom de choléra herniaire. On voit les malades devenir anxieux, chercher leur respiration, qui est courte et précipitée. Le

pouls est de plus en plus rapide et filant sous le doigt. Le facies est bronzé, le visage et les extrémités sont cyanosés ; la langue est sèche, l'urine rare et albumineuse. La terminaison fatale survient au milieu d'une hypothermie croissante. Nous avons deux cas de mort par stercorémie malgré la résection.

OBSERVATION I

Hernie crurale droite étranglée, simulant l'occlusion intestinale.
Résection. — Mort par stercorémie. (Th. de Blain.)

Malade entrée dans le service du professeur Poncet le 13 juillet 1900 pour des accidents d'occlusion. L'intervention montre un sphacèle imminent sur le sillon inférieur de l'anse étranglée. Résection de 10 centimètres d'intestin. La malade meurt soixante heures après l'opération de stercorémie. A l'autopsie on trouve de la congestion pulmonaire aux deux bases. Pas de péritonite.

OBSERVATION II

Hernie inguinale gauche étranglée. — Sphacèle intestinal. —
Résection intestinale. — Mort rapide.

Homme âgé de cinquante-cinq ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 1^{er} mai 1906, avec des accidents d'étranglement dans une hernie inguinale gauche qui ont débuté il y a cinq jours.

Cet homme avait été opéré, il y a cinq ans, d'une cure radicale de sa hernie par un procédé reconnu insuffisant aujourd'hui ; la récurrence avait été presque immédiate.

Il y a cinq jours, apparurent des vomissements, arrêt des gaz, etc. ; actuellement, cet homme a un aspect plombé, une cyanose de mauvais augure, le pouls est imperceptible,

le ballonnement marqué, les vomissements fécaloïdes sont répétés.

La kélotomie, pratiquée *in extremis* par M. Delore, montre un sphacèle intestinal long de 30 centimètres. L'épiploon, contenu dans le sac, est verdâtre. Il y a du liquide louche dans le péritoine.

Réséction intestinale de 30 à 40 centimètres, puis bouton anastomotique. Drainage du péritoine. Mort, douze heures après, avec du refroidissement progressif.

Nous avons vu que la muqueuse était la première atteinte, dès lors une porte d'entrée est ouverte aux germes infectieux contenus normalement dans le tube digestif, et dont la virulence est augmentée par la production de ce vase clos. Nepveu avait, sous l'inspiration de Verneuil, recherché et constaté à plusieurs reprises la présence de bactéries dans la sérosité du sac. Clado trouva dans ce liquide un microbe spécial qu'il appela bactérie de l'infection herniaire et qui n'est autre que le colibacille, cause de tant d'infections intestinales et juxta-intestinales. Par ses travaux expérimentaux et anatomiques, il édifia complètement la physiologie pathologique de l'étranglement herniaire. Il démontra la présence du même microbe dans les tuniques intestinales ; en le retrouvant dans les poumons, le foie, la rate, les reins, il fit comprendre le passage de cette bactérie dans la circulation générale et put expliquer ainsi les complications infectieuses à distance. Brentano montra que la présence des microbes dans le liquide du sac n'est pas constante : avant vingt-quatre heures on les trouve rarement, plus tard le liquide devient nocif pour les microorganismes tués par leurs produits de

sécrétion. Il trouva tantôt le colibacille pur, tantôt des microcoques purs, tantôt le colibacille associé à des microcoques.

Sur les coupes de Bosc et Blanc on suit pas à pas la marche de l'invasion microbienne à travers les tuniques intestinales. Nous avons déjà insisté sur ce point que la pénétration des germes infectieux ne commence qu'après la désintégration de l'épithélium. Au début on les trouve très nombreux au-dessous de la muqueuse, ils entourent le chylifère central, puis remontent le long des vaisseaux sanguins, arrivent dans les interstices conjonctifs du tissu musculaire et forment des amas au voisinage des petits foyers hémorragiques que nous avons déjà signalés. Ainsi l'intégrité apparente de l'anse intestinale, que le chirurgien attire hors du sac et qu'il examine avant de la laisser rentrer dans le ventre, jure avec les lésions histologiques avancées et la flore microbienne que le microscope révèle.

Dès cette époque on retrouve les germes infectieux dans le liquide du sac et sur la séreuse péritonéale où ils déterminent la production de fausses membranes fibrineuses. La présence des microbes sur le revêtement péritonéal de l'anse étranglée nous explique les péritonites généralisées et plus souvent localisées que nous verrons survenir sans perforation à la suite de la réduction. Les adhérences, qui se forment au niveau de la séreuse enflammée, nous font comprendre les rétrécissements par brides qu'on observe après la kélotomie comme après toute intervention abdominale. La présence des microbes dans les foyers de nécrose de l'intestin détermine la production de ces petits

abcès des parois intestinales, dont la gravité est si grande parce qu'ils entretiennent l'infection générale.

Mais ce n'est pas tout, les microbes dans leur traversée intestinale rencontrent des vaisseaux ouverts, y pénètrent et vont se répandre dans tout l'organisme, causant, soit par eux-mêmes, soit par leurs toxines, des accidents redoutables. Dans les poumons on trouve des lésions de broncho-pneumonie ou de congestion, dans les reins, des hémorragies sous-capsulaires. L'urine contient les mêmes microbes que le liquide du sac.

CHAPITRE II

ACCIDENTS CONSÉCUTIFS A LA RÉDUCTION D'UNE ANSE ÉTRANGLÉE

Cette étude anatomique et bactériologique nous aidera à comprendre les diverses complications dont la fréquence vient assombrir le pronostic de la kélotomie. On les a divisées en complications mécaniques et en complications infectieuses. Cette division est commode ; nous ferons cependant remarquer qu'elle est artificielle, car dans l'anse étranglée, nous l'avons vu, la nécrose des tissus marche de pair avec l'infiltration microbienne.

Accidents infectieux. — Nous avons déjà vu le passage des microbes de la lumière intestinale jusqu'au péritoine, mais, dans ce trajet, les germes infectieux pénètrent dans la circulation sanguine et vont coloniser au loin. Nous aurons donc à étudier, d'une part, les complications infectieuses locales, d'autre part, les complications à distance.

1° *Accidents infectieux locaux.* — Au niveau du péritoine, c'est la péritonite, soit localisée, soit généralisée. La perforation n'est pas nécessaire. On réduit

un intestin qui n'a aucune lésion de gangrène, mais dont la tunique séreuse recèle des germes, rien d'étonnant à ce qu'il se produise une réaction péritonéale avec formation d'adhérences et de pus. La péritonite par propagation est assez rare, d'abord localisée dans la plupart des cas, elle peut se généraliser et entraîner la mort.

En voici un exemple :

OBSERVATION III

Hernie crurale droite étranglée. — Kélotomie simple. —
Mort huit jours après, de péritonite sans sphacèle.

Il s'agit d'une femme, âgée de soixante-dix ans, atteinte de prolapsus utérin et d'une grosse hernie crurale droite depuis trente ans.

Elle vient à l'Hôtel-Dieu le 19 mars 1898 avec des accidents d'étranglement herniaire datant de vingt-quatre heures. La kélotomie est aussitôt pratiquée par M. Delore, qui trouve dans le sac de l'épiploon adhérent et une anse grêle longue de 7 à 8 centimètres. L'étranglement est constitué surtout par le collet du sac dont la partie interne en rapport avec le ligament de Gimbernat, forme une véritable arête tranchante. Pour réduire, il faut de toute nécessité débrider le collet du sac.

L'anse attirée au dehors est saine, à peine ecchymotique, elle est souple, d'épaisseur normale. Le sillon, formé par la bride signalée, disparaît aussitôt. En somme, c'est sans aucune méfiance que l'on réduit l'anse, non sans avoir, au préalable, étanché le liquide séreux contenu dans le sac en très petite quantité. L'épiploon est dégagé et réduit, et le sac réséqué comme d'habitude.

Le 22 mars, la température remonte à 38°3. La malade a eu des gaz et des selles et son état général est bon.

Le 24 mars, même état ; mais l'opérée accuse une douleur dans la fosse iliaque droite, et l'on y sent manifestement un plastron. Comme la température est normale, on attend.

Le 25 mars, brusquement cette femme accuse une vive douleur dans la fosse iliaque droite ; on constate une dyspnée extrême, un pouls à 140. Devant ces symptômes, on pense à la rupture dans le péritoine d'un abcès enkysté, et l'on se décide à pratiquer la laparotomie iliaque droite oblique. Elle montra une collection purulente enkystée au milieu des anses intestinales et contenant un demi-verre de pus. L'état était si alarmant que l'incision, suivie du drainage, fut faite sans anesthésie.

Mort dix-huit heures après.

A l'autopsie, on ne trouve pas de gangrène intestinale. On constate seulement le foyer de péritonite déjà noté, sans traces nettes de péritonite diffuse. Celle-ci était trop récente pour avoir déjà édifié des lésions macroscopiquement appréciables.

Le plus souvent on trouve, à l'ouverture du sac, une anse qui paraît peu atteinte, on réduit sans aucune méfiance et c'est une véritable surprise pour le chirurgien lorsque, quelques jours après, il constate les premiers signes d'une perforation. Ordinairement, les adhérences ont eu le temps de se former, il se fait une péritonite localisée qui peut, dans bien des cas, amener une infection de toute la séreuse. C'est à la suite de plusieurs cas de mort survenus dans ces conditions que M. Delore a été amené à pratiquer la résection dans tous les cas où il avait le moindre doute sur la vitalité de l'anse étranglée. Voici d'ailleurs ces observations :

OBSERVATION IV

Hernie crurale gauche étranglée. — Kélotomie. — Mort brusque au dixième jour. — Autopsie: sphacèle de l'anse réduite.

Femme de soixante-dix ans, entrée à la clinique du professeur Poncet, le 6 juillet 1903 avec tous les signes d'un étranglement herniaire au niveau de l'anneau crural gauche. Le début des accidents remonterait à vingt-quatre heures.

M. Delore pratiqua aussitôt une kélotomie qui montra une anse grêle, longue de 10 centimètres, étranglée par le collet du sac, situé en regard du ligament de Gimbernat. Elle parut saine, sans sillon marqué, d'une souplesse normale, mais ecchymotique. On la réduisit donc sans méfiance aucune. Puis on réséqua l'épiploon adhérent et on termina l'opération par un drainage du péritoine au moyen d'une petite mèche.

Tout alla bien les jours suivants: la circulation des matières se rétablit, le tympanisme disparut. Au septième jour, l'état général était toujours bon, mais la température montait à 37°8, 38°2. Il y avait un peu de gêne dans le bas-ventre. On prescrivit la diète absolue, qui ne fut pas observée le 14 juillet.

Le 16 juillet, l'opérée succombe subitement pendant la nuit avec dyspnée, cyanose, tachycardie et refroidissement progressif. La température était restée entre 37 degrés et 38 degrés.

A l'autopsie, le 17 juillet, on voit l'anse réduite un peu flasque, verdâtre, entourée dans des anses intestinales agglutinées près du Douglas. Elle n'est pas perforée, mais en voie de sphacèle. Il n'y a pas d'hémorragie péritonéale, et rien autour du moignon épiploïque.

En somme, dans cette anse infectée, le sphacèle septique a évolué insidieusement chez cette vieille femme comme une appendicite des vieillards. La circulation suffisante au moment de la kélotomie, s'est arrêtée peu à peu par throm-

bose, comme elle s'arrête dans un appendice enflammé. La malade est morte par septicémie avant la perforation de l'anse.

OBSERVATION V

Hernie inguinale droite étranglée. — Kélotomie et réduction de l'anse. — Sphacèle secondaire de l'anse. — Mort après une nouvelle laparotomie.

Il s'agit d'un malade âgé de quarante-deux ans opéré par M. Delore, comme chirurgien de garde, le 2 mars 1903, dans le service de M. Gangolphe. La hernie inguinale droite était ancienne, datait de l'âge de quatorze ans. Elle s'était étranglée depuis douze heures seulement.

Pendant la kélotomie, on trouva du liquide sanguinolent dans le sac et une anse, longue de 30 centimètres environ, étranglée par une arête vive située au niveau de l'anneau inguinal profond. L'intestin était ecchymotique, rouge vineux ; mais après un léger massage et le lavage classique à l'eau chaude, on vit la couleur se modifier peu à peu, des vaisseaux apparaître sous la séreuse. Bien que M. Delore fût un partisan convaincu de la résection de l'anse en cas de doute, il crut que dans ce cas la vitalité était assurée. Il réduisit donc l'anse, puis enleva le testicule en ectopie et le sac.

Le 6 mars, devant des phénomènes progressifs de péritonite : pouls à 120, 130, ballonnement, vomissements, température entre 38 et 39 degrés, mauvais facies, M. Gangolphe eut l'obligeance de prévenir M. Delore et conseilla une laparotomie. Celle-ci permit de découvrir l'anse malade, tout entière sphacélée avec son mésentère thrombosé. Il existait déjà des lésions de péritonite en voie de diffusion. Aussi, malgré la résection de cette anse sphacélée, le malade succomba-t-il aux progrès de la péritonite, le 9 mars 1903.

A l'autopsie, péritonite diffuse à fausses membranes.

Dans ce cas, il a fallu que des lésions de thrombose et de gangrène septiques se surajoutassent aux désordres d'ordre mécanique pour entraîner un pareil sphacèle sur une anse paraissant en somme peu atteinte dans sa vitalité.

OBSERVATION VI

Hernie inguinale droite étranglée. — Kélotomie fort simple.
Mort cinq jours après de péritonite.

Il s'agit d'une femme grasse, diabétique, âgée de soixante-sept ans, qui fut prise brusquement d'accidents d'étranglement herniaire le 22 février 1908 à 10 heures du soir. Il s'agissait d'une hernie inguinale droite étranglée.

La kélotomie, pratiquée par M. Delore, dix-huit heures après le début des accidents, montra un étranglement assez serré, constitué par l'anneau inguinal profond. Dans le sac, quelques gouttes de liquide séro-sanguinolent, avec une anse grêle longue de 10 centimètres, d'apparence presque normale, ainsi que son méésentère. Toutefois, on note une congestion accentuée de l'intestin, mais la souplesse est conservée; l'anse a conservé son épaisseur, sauf au niveau du sillon supérieur qui est manifestement aminci. Avant de réduire cette anse, on enfouit minutieusement le sillon; l'opération est terminée par un drainage du péritoine.

Les gaz et les matières reprennent leur cours normal, dès le lendemain. Mais le surlendemain, le poulx restait à 120, il se produisit du tympanisme, des vomissements avec arrêt des gaz et des matières, la température oscilla entre 37°5 et 38°7 jusqu'à la mort, qui survint le 25 février.

L'autopsie ne put être pratiquée. Les symptômes permettent d'affirmer que la mort a été la conséquence d'une péritonite, déterminée probablement, comme d'ordinaire, par le sphacèle de l'anse réduite.

OBSERVATION VII

Hernie crurale droite étranglée. — Kélotomie simple.
Mort brusque huit jours après de péritonite.

Il s'agit d'une femme de quarante ans, entrée à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans le service de M. le professeur Poncet, le 6 mars 1898, avec des signes d'une hernie crurale droite étranglée depuis trois jours.

La kélotomie, pratiquée aussitôt par M. Delore, démontre que la striction se faisait non par le collet du sac, mais par le ligament de Gimbernat. L'anneau est forcé avec le doigt, sans débridement. Sur l'intestin, attiré au dehors, se voit un sillon correspondant au ligament de Gimbernat. Le reste de l'anse étranglée qui a 8 à 10 centimètres de longueur paraît viable : il est ecchymotique, mais des vaisseaux fins se dessinent bien sous la séreuse après lavage à l'eau chaude; les tuniques ont conservé leur souplesse, elles sont un peu amincies. Le cas était de ceux où nous avons toujours vu nos maîtres réduire. Nous fîmes donc cette réduction sans aucune arrière-pensée, après avoir toutefois enfoui le sillon par quelques points de suture.

Les jours suivants, la circulation des matières et des gaz se rétablit; la température oscilla entre 38 et 37°5, mais le pouls restait à 100, et bien que l'abdomen fût absolument souple, l'opérée avait quelques régurgitations. Le 13 mars, on enlevait les fils de la suture et l'on constatait une réunion par première intention.

Le lendemain, la malade accusait une violente douleur dans l'abdomen; elle pâlit, vomit abondamment, se refroidit rapidement et mourut en quelques heures, avec tous les signes d'une péritonite par perforation.

A l'autopsie, on trouva l'anse verdâtre, avec une petite perforation à sa face convexe à 2 ou 3 centimètres du sillon enfoui.

OBSERVATION VIII

Hernie crurale droite étranglée. — Kélotomie. — Mort quatre jours après de péritonite circonscrite.

Femme âgée de soixante-cinq ans, obèse, opérée dans le service de M. le professeur Ollier, en octobre 1898, pour une hernie crurale droite étranglée depuis trente heures.

L'anse serrée, longue de 5 à 6 centimètres, avait l'aspect ecchymotique habituel en pareil cas, elle avait perdu sa souplesse normale, mais les parois étaient peu amincies, on y voyait se dessiner de fins vaisseaux, le mésentère restait souple, non thrombosé. Enfin, il n'y avait pas au niveau des sillons cet amincissement qui fait redouter la perforation. M. Ollier conseilla formellement la réduction.

Sept jours après, cette opérée succombait avec des signes croissants de péritonite diffuse.

A l'autopsie, on trouva une petite anse gangrénée, avec une perforation du diamètre d'une lentille. Tout autour, existait un foyer de péritonite enkystée, suppurée. L'inflammation péritonéale s'était diffusée à distance sous forme de rougeur et de distension des anses grêles, recouvertes çà et là par des dépôts fibrineux récents.

Notons aussi parmi les infections locales, les abcès de la paroi intestinale. Ils succèdent à la suppuration des foyers de nécrose, se traduisent par un peu de température, quelquefois mènent à la perforation, mais surtout expliquent la persistance des complications à distance après la kélotomie.

2° *Accidents infectieux à distance.* — C'est à elles que l'on doit la majorité des insuccès opératoires actuels. Les lésions pulmonaires sont les complications les plus

fréquentes. Verneuil, dès 1869, attirait sur elles l'attention et depuis de nombreux travaux ont élucidé la question. Ce sont ou des congestions hypostatiques, ou des noyaux de pneumonie et de broncho-pneumonie. Au début, elles se manifestent seulement par des troubles respiratoires et par de la dyspnée, mais bientôt elles se distinguent par l'auscultation et par l'ascension de température. Roux, dans sa thèse, les a bien étudiées et a montré par ses recherches expérimentales leur constance et leurs rapports avec l'étranglement; ces complications sont d'autant plus graves que l'étranglement est plus serré. Malgré tout, elles persistent souvent ou même apparaissent après la kélotomie.

Les reins sont aussi constamment touchés que les poumons et leur lésion se traduit par la diminution de quantité des urines et par une albuminurie qui peut persister plusieurs jours après l'opération. Notons ici que les complications pulmonaires et rénales ont un retentissement sur le cœur.

Le foie et la rate sont congestionnés, rien d'étonnant, ces organes défendant l'organisme contre toutes les infections générales.

La résection n'empêche pas toujours ces complications à distance lorsqu'elles ont débuté avant l'opération; mais en supprimant le foyer d'infection, elles mettent l'organisme dans les meilleures conditions de guérison et évitent toute complication ultérieure.

Complications mécaniques. — Dans les complications mécaniques nous rangerons : la persistance

des sillons d'étranglement, la paralysie de l'anse, les entérorragies qui sont des accidents précoces, les rétrécissements qui surviennent longtemps après l'opération.

1° *Persistance des sillons d'étranglement.* — A la suite de la compression exercée par l'agent de l'étranglement, nous voyons se former sur l'anse intestinale deux sillons : l'un au niveau du bout supérieur, c'est le plus marqué surtout près du bord libre de l'intestin ; l'autre au niveau du bout inférieur. Ce sont les points les plus atteints de l'anse, c'est là que débute ordinairement la gangrène, c'est là que se produit le plus souvent la perforation. Mais bien avant ces accidents plus ou moins tardifs, les tuniques intestinales ont perdu à ce niveau leur élasticité. Alors, ces sillons ne disparaissent ni lorsqu'on lève l'agent de l'étranglement, ni lorsqu'on pratique à l'autopsie l'insufflation de l'intestin. Ils peuvent persister après la réduction, les accidents ne disparaissent pas et le chirurgien est obligé de pratiquer la laparotomie et de faire une entérectomie dans des circonstances bien moins favorables que s'il avait fait la résection d'emblée.

2° *Paralysie de l'anse.* — Par suite des troubles circulatoires, de la compression des plexus nerveux et des lésions graves qui se sont produites pendant l'étranglement, l'anse intestinale peut rester paralysée pendant un temps plus ou moins long. Elle a perdu sa contractilité et malgré la kélotomie il ne se produit aucune évacuation par l'anus. Cet état ne persiste pas plus de

quelques heures ordinairement, mais il est des cas où l'on est obligé de recourir à une purgation ou même à une nouvelle opération. « Nous avons observé plusieurs fois cet accident à la suite de la kélotomie, disent MM. Jaboulay et Patel. On trouve l'intestin fixé dans sa forme et tel qu'il était dans le sac lors de l'étranglement. Les sillons d'étranglement sont très profondément marqués et obstruent la lumière du conduit digestif ; pourtant, aucune bride, aucune adhérence n'est en cause. Les tuniques de l'anse étranglée sont œdémateuses et dépourvues de contraction. » A la suite de la résection, les matières passent immédiatement et l'on n'observe pas la persistance des accidents toxico-infectieux si redoutables.

3° *Entérorragies.* — Les entérorragies peuvent se produire dès les premières heures ; elles sont alors dues à la congestion intense de l'anse et souvent au taxis. Bien plus fréquentes et bien plus graves sont celles qui se produisent, au moment de la chute d'une escarre, par suite de l'ouverture d'un vaisseau de la sous-muqueuse. On les a vues se produire après la réduction d'une anse paraissant saine.

4° *Rétrécissements intestinaux.* — Nous avons décrit les phénomènes inflammatoires qui accompagnent l'étranglement herniaire, ils peuvent persister après la kélotomie et déterminer des occlusions intestinales plus ou moins tardives. Ces rétrécissements ont été signalés par Trèves, étudiés dans les thèses d'Ansel, de Francoz ; ils ont été le sujet des travaux de Cotte et Leriche, qui

en ont publié trente-neuf observations, puis la thèse de Roche. Lejars en a décrit trois types principaux : 1° Les rétrécissements extrinsèques par adhérences ou par brides; 2° les rétrécissements intrinsèques occupant la paroi même de l'intestin et de longueur variable; 3° les rétrécissements mixtes qui résultent de la combinaison de ces deux ordres de lésions et qui sont peut-être les plus fréquents.

Nous dirons peu de chose des rétrécissements extrinsèques. Ils représentent le type courant des occlusions post-opératoires, résultat immédiat de la péritonite localisée. En voici un cas :

OBSERVATION IX

Hernie crurale droite étranglée. — Kélotomie. — Un mois après, occlusion intestinale par adhérences. — Guérison après laparatomie.

Il s'agit d'une femme âgée de soixante-dix ans, habitant Champagne-au-Mont-d'Or, qui fut adressée à la clinique du professeur Poncet par le docteur Mostier pour des accidents d'étranglement herniaire au niveau d'une hernie crurale droite.

M. Delore pratiqua, le 18 août 1907, une kélotomie sans incident. Dans le sac, épiploon adhérent en petite quantité qu'il faut réséquer, un peu de liquide séreux; l'intestin, long de 5 à 6 centimètres, est souple, bien épais. On le réduit sans arrière-pensée. L'étranglement datait de vingt-quatre heures. Le sac est lié, puis réséqué.

Les suites opératoires paraissent des plus simples et l'opérée quittait l'Hôtel-Dieu le 5 septembre.

Elle y revenait, le 26 septembre, dans un état assez alarmant : depuis douze jours, en effet, elle avait été prise de vomissements bilieux et d'un météorisme progressif.

Pendant les cinq derniers jours, il y avait eu arrêt complet des gaz et des matières, les vomissements avaient été incessants. Depuis trente-six heures, ces vomissements auparavant bilieux étaient fécaloïdes. On constatait dans fosse iliaque droite une zone un peu empâtée et douloureuse ; l'abdomen présentait un météorisme accentué mais insuffisant encore pour masquer des ondes intestinales péristaltiques d'une parfaite netteté au-dessous d'une mince paroi abdominale. Le poulx était à 90 pulsations à la minute, le thermomètre donnait une température de 37 degrés.

Devant ce syndrome, on n'hésita pas à conclure à une occlusion intestinale post-herniaire consécutive à des adhérences de l'anse.

Une laparotomie sous-ombilicale, pratiquée par M. Delore, montra, en effet, que sur une longueur de 4 à 5 centimètres une anse grêle (l'anse réduite avait cette longueur) était fixée à la fosse iliaque par des adhérences déjà solides qu'il fallut couper. Au-dessus de cette adhérence, l'intestin grêle est dilaté ; au-dessous, il est contracté. Suture de la paroi abdominale.

Les suites opératoires furent bonnes, malgré l'âge de l'opéré. *L'estomac fut vidé aussitôt après l'opération*, au moyen d'une sonde qui retira deux litres de liquide fécaloïde. Le tympanisme céda, au bout de vingt-quatre heures, après d'abondantes évacuations spontanées anales.

L'opérée quittait l'Hôtel-Dieu le 20 octobre. Nous avons su qu'aujourd'hui elle n'accusait aucun trouble abdominal.

« Les rétrécissements intrinsèques sont le résultat d'une inflammation subaiguë de la paroi intestinale qui aboutit à la sclérose. Dans les rétrécissements annulaires, cette inflammation reste circonscrite à la zone d'ulcération muqueuse par où se fait l'infection. Quand des lésions vasculaires s'y surajoutent, il se produit une nécrose étendue de la muqueuse qui des-

quame, une large brèche est ouverte à l'infection, et les meilleures conditions sont réalisées pour la formation d'un rétrécissement tubulaire. » (Cotte et Leriche.)

Voici une observation intéressante de rétrécissement mixte :

OBSERVATION IX *bis*

Hernie crurale droite étranglée réduite deux fois par le taxis. — Occlusion intestinale aiguë. — Laparotomie. — Rétrécissement mixte de l'intestin grêle.

Il s'agissait d'une femme de soixante-seize ans, amenée d'urgence dans le service du professeur Poncet avec des signes d'occlusion intestinale aiguë, datant de deux jours. Cette femme depuis quarante à cinquante ans était atteinte d'une hernie crurale droite qui n'est pas sentie et qui n'est pas douloureuse au moment de son entrée à l'hôpital. Cette femme a eu autrefois plusieurs accidents herniaires, l'un il y a sept ou huit ans, accompagné de vomissements, au bout de deux jours la hernie fut réduite par le taxis; l'autre, deux ans après, cessa également par le taxis. M. Delore, en présence de l'occlusion, pratique une laparotomie. On trouve à un mètre environ au-dessous de l'angle duodéno-jéjunal une anse grêle soudée par sa face latérale à son mésentère, avec quelques adhérences au pourtour sans qu'il en résulte une diminution de calibre; 20 centimètres plus loin on trouve une portion d'anse très rétrécie, au-dessous de laquelle l'intestin est diminué de volume, presque rétracté. Cette sténose apparaît comme un épaississement blanchâtre, en anneau, du péritoine et de la paroi; elle a 1 à 2 centimètres de longueur. Toute la paroi a une consistance fibreuse, et l'intestin en amont du rétrécissement est plus épais, comme infiltré. On pratique d'abord le décollement de la coalescence trouvée plus haut, et on enfouit sous des

points sérieux les surfaces cruentées. Puis on fait une anastomose latéro-latérale avec des sutures de la portion intestinale dilatée avec une anse voisine. La portion comprise entre les deux points anastomosés a une longueur de 25 à 30 centimètres. La guérison est rapide.

Nous avons rappelé cette observation pour montrer la coexistence de deux causes d'occlusion de gravité et d'origine différentes : la sténose due sans doute au premier accident d'étranglement qui fut assez sérieux, et la soudure mésentérique probablement causée par le deuxième accident qui fut léger et de courte durée. Nous ferons remarquer aussi le temps écoulé entre l'étranglement et l'apparition des signes de sténose cicatricielle, la bénignité probable des lésions intestinales produites par l'étranglement, puisque celui-ci n'a duré que deux jours et a cédé par le taxis ; des lésions très légères ont pu donner des accidents graves. Enfin nous avons pratiqué une simple anastomose, nous y étions poussés par l'âge de la malade ; mais il faut bien retenir que pour ces accidents cicatriciels l'anastomose est une opération qui donne d'excellents résultats. Elle a sur l'entérectomie l'avantage d'être plus simple, plus rapide et de produire moins de shock.

Ces occlusions tardives ne sont pas rares après la kélotomie, nous ne les avons jamais observées après la résection. En résumé, et les résultats de notre statistique ne font que renforcer notre opinion : en présence d'une anse douteuse, la résection, en supprimant la zone intestinale malade, est le seul moyen d'éviter les accidents qui viennent si souvent compliquer la kélotomie. Nous allons pourtant indiquer rapidement les différentes interventions proposées.

CHAPITRE III

TECHNIQUE

On a conseillé de débrider largement pour assurer la libre circulation des matières intestinales de l'anse et son irrigation sanguine. Puis on fixe cette anse dans la plaie par quelques points séreux et on l'entoure complètement de compresses aseptiques. Si la perforation se produit, un anus contre nature se sera établi sans danger d'infection péritonéale à cause des adhérences contractées par l'anse herniée à l'orifice intérieur du trajet herniaire.

Helferich propose dans les cas suspects d'attirer au dehors les deux bouts de l'anse et au-dessus de la partie altérée d'établir une entéro-anastomose voisine de l'insertion mésentérique. On réduit alors les deux bouts sains qui communiquent par l'orifice qu'on vient de créer et on laisse l'anse suspecte au dehors. S'il y a gangrène, la guérison se fait rapidement, grâce au libre passage des matières intestinales par l'anastomose placée au-dessus, et si l'anse garde sa vitalité, on la réduit au bout de quelques jours.

D'autres chirurgiens se contentent de réduire l'intestin douteux en le fixant à la paroi intestinale au

niveau de l'orifice herniaire. Si une perforation se produit, elle aboutit à une fistule stercorale.

Toutes ces méthodes nous semblent devoir être abandonnées sauf dans le cas d'extrême urgence, où l'on se trouve pris au dépourvu sans aide, sans instruments. Si une fistule ou un anus contre nature se produisent, une deuxième intervention est nécessaire. De plus, elles ne mettent à l'abri ni des accidents toxico-infectieux, ni des complications cicatricielles tardives.

Lorsqu'il existe une petite plaque de sphacèle bien circonscrite, on a proposé l'enfouissement par quelques points séro-séreux. L'anatomie pathologique, en nous montrant qu'à une petite plaque de sphacèle correspondent souvent des lésions graves de la muqueuse, nous fait rejeter ce procédé.

Ainsi, dans les cas où la vitalité de l'anse est douteuse ou dans le cas de gangrène limitée, la résection nous semble indiquée.

Cette conduite a donné d'excellents résultats. Ceux-ci sont dus en grande partie à deux points de la technique que nous voulons mettre en évidence : 1° l'emploi du bouton de Murphy-Villard ; 2° la nécessité d'opérer en milieu et en tissu sains.

1° La supériorité de l'emploi du bouton sur l'entérorraphie à sutures n'est plus à démontrer. Un opérateur exercé termine ordinairement la résection en moins d'une demi-heure, ce qui a une très grosse importance chez un malade affaibli, auquel on doit autant que possible éviter le shock produit par l'intervention et l'anesthésie. La résection est le type des opérations d'urgence, et l'on est souvent obligé de l'entreprendre

quoique mal aidé et mal outillé : or, l'importance de l'aide est grande dans les sutures intestinales. Souvent il y a une grande disproportion entre les deux bouts intestinaux, elle peut empêcher la suture termino-terminale, mais non l'application du bouton. Les fils passés à travers une paroi épaissie et œdémateuse la déchirent. Rien de tout cela ne se voit avec le bouton : pas de danger d'hémorragie, puisque le bouton fait lui-même l'hémostase ; les pièces métalliques protègent les tuniques intestinales contre tout danger d'infection et ne se laissent pas distendre par le passage des matières.

M. Delore emploie constamment le bouton de Villard et le trouve parfait. Il n'a jamais observé d'accident dû soit à son application, soit à sa migration. Il sort ordinairement du dixième au quinzième jour.

2° Lorsqu'on s'est décidé pour la résection, il ne faut pas la faire parcimonieuse, mais enlever la totalité de l'anse étranglée et dépasser largement les sillons d'étranglement de façon à la faire porter en tissu sain. Certains chirurgiens citent des cas où ils ont réséqué jusqu'à deux mètres d'intestin ; dans notre statistique, la résection la plus étendue est de 90 centimètres, mais en général elle ne dépasse guère 25 à 30 centimètres. Dans plusieurs cas, les accidents consécutifs à la résection sont dus à ce que celle-ci était trop limitée, une perforation tardive se produit au niveau d'un sillon d'étranglement, qui, lors de l'intervention paraissait peu altéré comme dans le cas suivant :

OBSERVATION X

Hernie crurale droite étranglée. — Sphacèle de l'intestin.
Résection intestinale. — Mort de péritonite par sphacèle secondaire.

Femme, âgée de quarante-huit ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 3 novembre 1902, avec des signes d'étranglement herniaire crural droit, datant de deux jours et demi. L'état général est grave, le ventre est très ballonné, les vomissements fécaloïdes sont incessants.

La kélotomie (M. Delore) montre un sphacèle étendu et avancé de l'intestin avec de l'inflammation et de l'œdème périsacculaire. La résection de l'intestin est pratiquée sur une longueur de 7 à 8 centimètres, et l'on croit avoir réséqué en tissu sain. Le mésentère est thrombosé. Réunion des deux bouts intestinaux par le bouton Murphy-Villard.

La malade fit des vents et des matières le lendemain de l'opération. Mais, trois jours après, la température monta à 39 degrés; il se produisit du météorisme, un arrêt des gaz et des matières, des vomissements fécaloïdes.

M. Delore dut pratiquer, le 7 novembre, une laparotomie sous-ombilicale qui révéla des lésions de péritonite, déterminées par une perforation de l'intestin au niveau du bouton. Sur le sommet de la ligne de réunion des bouts intestinaux coaptés, il existait une petite perforation intestinale, du diamètre d'une grosse tête d'épingle qui avait livré passage à une certaine quantité de liquide fécaloïde. Sur tout le reste de la surface d'adossement du bouton, la réunion était parfaite.

L'opérée succomba vingt-quatre heures après.

Cette complication serait peut-être la conséquence d'une mauvaise application du bouton. Un opérateur est mal placé pour rejeter cette explication. M. Delore a pensé que cet accident avait été causé plutôt par la parcimonie de la résection intestinale. La zone de réunion avait été placée en tissu déjà malade ou bien voué à un sphacèle tardif en

raison d'une thrombose septique, aboutissant à la gangrène. Cette observation offre un gros intérêt, quelle que soit l'opinion que l'on adopte.

Voici comment M. Delore décrit la technique qu'il suit en présence d'une hernie étranglée. Après incision du sac, nous explorons rapidement l'intestin. S'il nous paraît peu malade, nous débridons l'anneau et nous attirons l'intestin au dehors. Puis nous le lavons soigneusement à l'eau tiède, nous exerçons sur lui quelques frictions légères. Si l'organe semble reprendre sa contractilité, si sa teinte normale reparaît et si les marbrures s'effacent, nous pensons que l'on peut réduire sans trop de craintes. Si au contraire l'intestin reste flasque, s'il présente des ecchymoses étendues et lentes à disparaître, nous pratiquons la résection.

Pour cela, nous commençons par faire l'hémostase du mésentère par une série de ligatures en chaîne au catgut, en ayant soin de laisser au niveau de la future section une petite portion du mésentère libre, de façon à être sûr de la vitalité de l'anse intestinale.

Nous sectionnons ensuite le mésentère à un centimètre au maximum de son insertion sur l'intestin et nous pratiquons la résection intestinale après avoir bien garni de compresses aseptiques le champ opératoire. Il faut s'assurer que la tranche de section saigne, sinon la vitalité serait incertaine et l'on pourrait avoir du sphacèle par ischémie ; si la tranche de section ne donne pas, il faut reporter un peu plus loin sa section. L'entérectomie faite, on placera avec un fil de soie une suture en bourse sur un des bouts sectionnés de

l'intestin. La partie mâle du bouton de Villard, dont on aura vérifié le calibre, tenue par une pince hémostatique, sera introduite dans le bout de l'intestin choisi, puis le fil en bourse sera serré et noué solidement sur le cylindre. On fera de même pour l'autre extrémité intestinale, on réséquera aux ciseaux la tranche intestinale qui dépasse, puis on introduira le demi-bouton mâle dans le demi-bouton femelle avec assez de force pour obtenir un contact hermétique sur tout le pourtour de l'intestin. Pour le serrer à fond, il faut prendre la précaution, avant sa mise en place, de le tremper dans l'huile stérilisée.

Le moignon mésentérique est fixé à l'intestin par quelques points de façon qu'il n'y ait pas d'espace libre entre les deux. On réduit alors avec beaucoup de douceur, en débridant au besoin, pour ne pas courir le risque de voir une ligature glisser et une hémorragie mésentérique emporter le malade, comme dans un cas d'Albertin publié dans la *Province Médicale* de 1895 et dans le cas suivant :

OBSERVATION XI

Hernie inguinale droite étranglée. — Résection intestinale.
Bouton de Murphy-Villard. — Mort par hémorragie mésentérique.

Femme âgée de quarante-huit ans, entrée à la Clinique du professeur Poncet, le 26 février 1905, avec une hernie inguinale droite, étranglée depuis deux jours. La hernie a subi de violentes manœuvres de taxis.

La kélotomie (M. Delore) montre une grosse infiltration sanguine des plans superficiels. Le sac est rempli d'une matière gelée de groseille, sauf au niveau du collet très

tranchant qui adhère intimement à l'intestin grêle. Celui-ci, long de 4 à 6 centimètres, est un peu noir, mais paraît viable; on constate un sillon inférieur très aminci. Le mésentère friable se déchire au moment de la traction. On se décide à une résection intestinale, suivie de l'application du bouton de Murphy-Villard, et l'on réduit. Sur la pièce, on constate une plaque sphacélée fort nette sur la muqueuse intestinale.

Le 21 février, la malade a fait des vents, mais la température est à 38°3 et l'on constate un ballonnement du ventre.

Le 22 février, au matin, la malade mourait.

A l'autopsie, on trouva une collection sanguine, un verre environ, autour du moignon mésentérique. La ligature faite au catgut avait disparu. Elle avait dû glisser au moment de la réduction du paquet intestinal, qu'on avait eu le tort de pratiquer à frottement par un orifice de débridement trop étroit.

La réduction opérée, nous terminons par la suture du péritoine et la reconstitution de la paroi. En général pas de drainage sous-péritonéal.

Si, à l'ouverture du sac, nous trouvons des lésions graves déterminant l'infection du liquide du sac, nous suivons une technique différente qui nous permet d'opérer en milieu sain et d'éviter l'inoculation du péritoine.

Premier temps (fig. I). — Dissection du sac. Ce temps ne présente rien de spécial, il est commun à toutes les opérations de hernie étranglée. On ne sait pas encore quelles lésions présentera l'intestin.

Deuxième temps (fig. II). — Ouverture du sac. On

ouvre le sac à sa partie inférieure. Lorsque nous nous trouvons en présence d'une gangrène étendue, d'une perforation ou s'il y a du pus dans le sac, nous étanchons soigneusement avec des tampons les matières

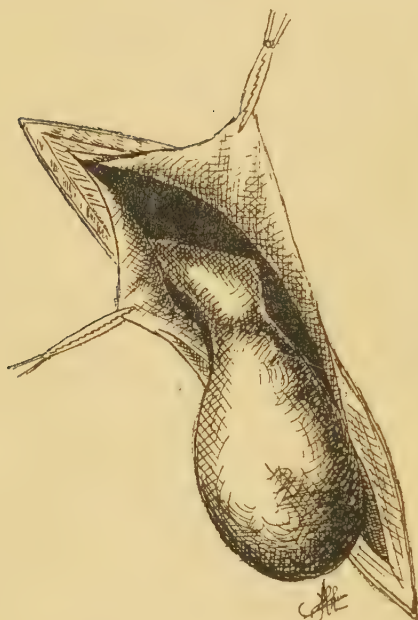


FIG. I. — Sac herniaire.



FIG. II. — Ouverture du sac.

septiques, puis nous entourons le sac de compresses aseptiques.

Troisième temps (fig. III). — Après avoir changé d'instruments et nous être lavé les mains, nous prenons d'autres gants ; puis, sans débrider l'anneau, nous ouvrons directement le péritoine au-dessus du collet du sac.

Quatrième temps (fig. IV). — Nous sectionnons

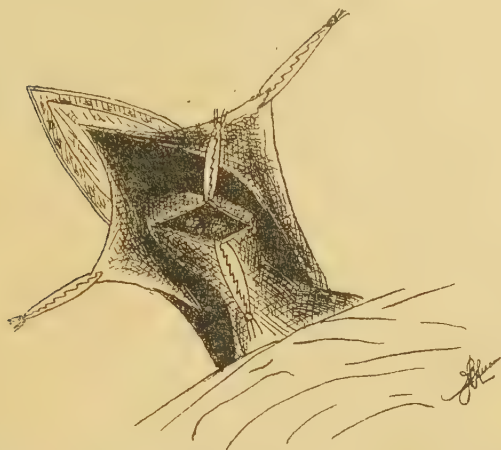


FIG. III. — Incision circulaire du sac au niveau du collet.

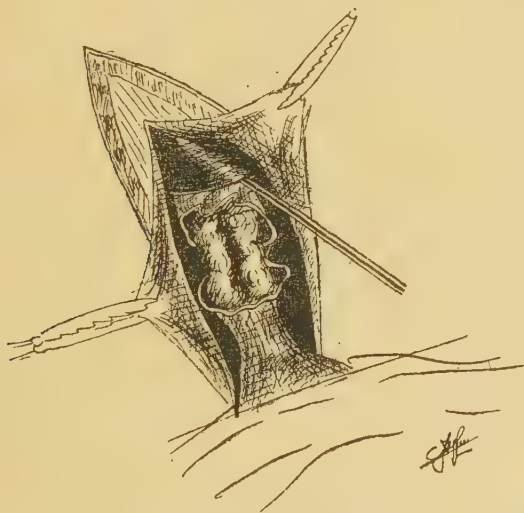


FIG. IV. — Sac reséqué reste appendu à la masse intestinale adhérente.

circulairement le péritoine au-dessus du collet, nous le repérons avec des pincés. Toute la masse, compre-

nant le sac et son contenu et appendus à elle, les deux bouts intestinaux sus et sous-jacents à l'anse étranglée, est alors facilement attirée au-dehors. Cette manœuvre est analogue à l'omphalectomie dans la cure radicale des hernies ombilicales adhérentes.



FIG. V. — Résection de l'intestin et du mésentère.
Ablation du sac.

Cinquième temps (fig. V). — Résection. Les deux bouts intestinaux sus et sous-jacents sont sectionnés ; le mésentère de l'anse comprise dans le sac est ligaturé. On enlève alors le sac et l'intestin qui y est contenu d'un seul bloc à la façon d'une tumeur. On pratique la réunion des deux bouts de l'intestin au moyen du bouton de Villard. Le péritoine est suturé et on termine ordinairement par un large drainage sous-péritonéal.

Cette méthode est analogue à la méthode dite intra-péritonéale d'emblée qui est classique dans la cure des anus contre-nature. Toutes les manœuvres se passent en péritoine sain, en dehors de la région infectée, enfouie sous des compresses. Par conséquent aucun danger d'infection péritonéale, aussi ce procédé a-t-il donné les meilleurs résultats dans des cas presque désespérés.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

25 observations de hernies étranglées crurales ou inguinales avec résection. — Guérison.

OBSERVATION XII

Hernie crurale étranglée. — Epiplocèle et entérocele. — Résection.
Guérison. — (Résumée *in th.* de Blain.)

P. M..., soixante ans, entre le 7 août 1900, dans le service du professeur Poncet, pour un étranglement datant de quatre jours. Liquide hématique dans le sac, intestin couleur feuille morte, mésentère thrombosé, épiploon adhérent. On résèque l'intestin sur une longueur de 12 centimètres, et l'épiploon. Guérison.

OBSERVATION XIII

Hernie crurale droite étranglée. — Résection intestinale.
Guérison. — (Résumée *in th.* de Blain.)

D. C..., quarante-huit ans, entre le 13 juillet 1900, dans le service du professeur Poncet pour un étranglement herniaire. Au niveau du bout inférieur de l'anse étranglée on trouve une plaque perforée par laquelle s'échappent des mucosités. Résection de 15 centimètres d'intestin. Guérison *per primam*. Résultats éloignés excellents.

OBSERVATION XIV

Hernie crurale étranglée. — Gangrène herniaire. — Résection. — Guérison. — (Résumée *in th.* Blain.)

M. X..., cinquante-quatre ans, étranglement datant de trois jours. Intestin grisâtre, quelques fausses membranes récentes de péritonite, perforation au niveau du sillon inférieur. Résection. Guérison par seconde intention.

OBSERVATION XV

Hernie crurale gauche étranglée. — Pincement latéral avec obstruction complète. — Résection. — Guérison. — (Résumée *in th.* Blain.)

B. M..., cinquante-deux ans, opéré le 8 mars 1900 dans le service du professeur Poncet, le deuxième jour de l'étranglement. L'anse intestinale étranglée est très noire, ecchymotique, sans odeur, flasque sur une étendue à peu près égale à une pièce de 5 francs. La circulation ne semble pas revenir après 6 à 8 minutes de lavages tièdes. Résection de 5 centimètres d'intestin. Guérison par deuxième intention. Résultats éloignés bons.

OBSERVATION XVI

Hernie crurale étranglée. — Sphacèle intestinal. — Résection. — Guérison. — Résultats éloignés excellents. — (Résumée *in th.* Blain.)

T. C..., quarante-deux ans, entre le 26 février 1900, dans le service du professeur Poncet, pour une hernie crurale gauche, étranglée depuis trois jours. Le sac est rempli d'une grande quantité de liquide rougeâtre, l'anse intestinale étranglée a une longueur de 7 à 8 centimètres, le sillon inférieur est très serré, paroi intestinale de couleur feuille morte, suffusions sanguines sous-séreuses sur toute l'éten-

due, sensation de tissu mou, flasque. La vascularisation n'y revient pas, après lavage à l'eau tiède. Résection à 1 centimètre en dehors des sillons supérieur et inférieur.

Réunion par deuxième intention. Résultats éloignés excellents.

OBSERVATION XVII

Hernie crurale droite étranglée. — Intestin feuille morte. — Résection intestinale. — Guérison.

Femme de soixante-sept ans, entrée le 3 février 1901, dans le service de M. le professeur Ollier, avec une hernie crurale droite étranglée, dont les accidents remontent à quatre jours; elle est envoyée par notre confrère, le Dr Bonnet (de Neuville-sur-Saône).

Il y a du ballonnement du ventre, la température est à 38°5, mauvais facies. On constate à l'anneau crural une grosse masse paraissant fluctuante. Diagnostic : hygroma pré-herniaire. Etranglement herniaire au-dessous, avec sphacèle imminent de l'intestin.

L'opération, pratiquée pendant la nuit par M. Delore, révèle l'existence d'un kyste préherniaire, masquant un sac crural profond qui contient 5 à 6 centimètres d'intestin grêle adhérent lâchement aux parois du sac. Cette anse intestinale a une couleur feuille morte, une apparence zébrée, et la consistance du carton mouillé. De plus, le sillon supérieur très aminci menace de se perforer.

On pratique la résection intestinale, suivie de réunion des deux bouts par le bouton Murphy-Villard. L'opération est terminée par la suture du péritoine et le rapprochement des deux moitiés de l'arcade fémorale, qui a été sectionnée, comme on le fait en pareil cas pour permettre la réduction du bouton.

La guérison survint sans encombres. Le bouton fut éliminé, au bout de six jours, après une purgation un peu violente administrée par erreur.

OBSERVATION XVIII

Hernie crurale droite étranglée. — Lésions intestinales avancées. —
Résection intestinale. — Guérison.

Femme âgée de soixante-dix ans, entrée à l'hôpital de la Croix-Rousse le 23 décembre 1901, avec des accidents d'étranglement d'une hernie crurale droite. Cette femme est atteinte d'une ancienne bronchite avec myocardite. La hernie, qui était apparue, il y a trois ans, s'est étranglée depuis trois jours. On lui a fait subir des manœuvres prolongées de taxis.

La kélotomie, pratiquée par M. Delore, montre tout d'abord un énorme lipome préherniaire, formé aux dépens de la graisse sous-péritonéale et infiltré de sang. Au-dessous le sac ne contient pas de liquide, mais seulement une anse intestinale, longue de 8 centimètres et adhérente de tous côtés aux parois du sac par des fausses membranes récentes et décollables aisément. Cet intestin a la consistance du carton mouillé ; sa couleur est noire ; enfin les deux sillons sont très minces. Le supérieur, en particulier, n'est plus formé que par la séreuse qui cède tout à coup par un simple frottement au tampon. Le mésentère est à peu près normal. Devant ces lésions, on n'hésite pas à pratiquer une résection intestinale, avec réunion des deux bouts au moyen du bouton Murphy-Villard. L'opération a duré trente minutes tout au plus. Les suites furent simples, et la malade quittait l'hôpital le 21 janvier, après avoir éliminé le bouton le 7 janvier, c'est-à-dire le treizième jour.

OBSERVATION XIX

Hernie crurale gauche étranglée. — Résection intestinale. — Bouton de Murphy-Villard. — Guérison.

Femme âgée de soixante-huit ans, entrée à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 1^{er} octobre 1902, pour un étranglement herniaire

siégeant à l'anneau crural gauche et datant de quatre jours.

La kélotomie (M. Delore) montre qu'il s'agit d'une hernie sèche, avec légères adhérences de l'intestin aux parois du sac. L'anse, qui y est contenue, sans épiploon, est noirâtre ; toutefois sa nutrition n'est pas irrémédiablement compromise. Le sillon supérieur est par contre très aminci, et son fond n'est plus constitué que par la séreuse. Aussi se décide-t-on à la réséquer sur une longueur de 8 à 10 centimètres. La réunion des deux bouts est ensuite assurée par un bouton anastomotique, et le sac est réséqué, le péritoine suturé.

Guérison rapide. Le bouton est éliminé le 11 octobre, c'est-à-dire le dixième jour.

OBSERVATION XX

Hernie crurale droite étranglée. — Gangrène herniaire.

Réséction intestinale. — Guérison.

Le 5 avril 1902, M. Delore est appelé, comme chirurgien de garde, à l'hospice de l'Antiquaille auprès d'une femme, âgée de quarante et un ans, bossue, et atteinte de hernie crurale droite étranglée. Cette hernie avait fait son apparition il y a un an ; elle était devenue irréductible, avec vomissements, arrêt des gaz et des matières depuis trois jours et demi. La température est de 39 degrés, le pouls à 120.

L'opération montre dans le sac une perforation gangréneuse d'une anse grêle, du diamètre au moins d'une pièce de 5 francs. La gangrène est heureusement limitée dans l'intérieur du sac, et la grande cavité péritonéale est protégée par des adhérences au niveau du collet du sac. Les matières septiques sont étanchées, puis le collet est débridé au ciseau, et les portions sus et sous-jacentes de l'intestin grêle sont attirées. On pratique, en tissu sain, une résection longue de 20 centimètres, et les deux bouts intestinaux

sont réunis par le bouton. Le sac est réséqué. Large drainage.

Le bout supérieur était très dilaté mais peu épaissi. Quant au bout inférieur de l'intestin, il est ratatiné. Néanmoins, les deux branches du bouton s'adaptent bien malgré cette grande différence de calibre.

Guérison. Le bouton fut expulsé le 21 avril.

OBSERVATION XXI

Hernie crurale droite étranglée. — Intestin feuille morte.
Résection intestinale. — Guérison.

Femme, âgée de quarante-six ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 28 mars 1903, pour des accidents d'étranglement herniaire crural droit datant de trente-six heures.

L'opération est pratiquée par M. Delore; elle montre que l'étranglement est constitué par le collet du sac, qui contient une anse grêle, longue de 8 à 10 centimètres, et une assez grande quantité de liquide hématique avec de la matière glutineuse. L'intestin présente une teinte feuille morte assez caractéristique et donne la sensation parcheminée sur une surface grande comme une pièce de 5 francs.

Au centre de cette plaque à consistance spéciale, on aperçoit une plaque blanchâtre de quelques millimètres de diamètre. Aussi, se décide-t-on à la résection intestinale, suivie de réunion bout à bout avec le bouton de Murphy-Villard. Le mésentère est vasculaire, très épaissi, friable.

Le sac est réséqué, le péritoine suturé en partie. Comme il y a beaucoup de liquide séreux dans le péritoine, on laisse une petite mèche de drainage.

Guérison sans incident. Le bouton est éliminé le douzième jour.

OBSERVATION XXII

Hernie crurale droite étranglée. — Phlegmon herniaire.
Résection intestinale — Guérison.

Femme, de soixante ans, entrée à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 1^{er} mars 1903, pour des accidents d'étranglement herniaire crural droit. Les phénomènes ont débuté, il y a huit jours, par de l'augmentation de volume de la hernie déjà ancienne, suivie d'irréductibilité, de vomissements, d'arrêt des gaz et des matières. Dans les trois derniers jours, les gaz passeraient par l'anus.

On constate, au niveau de l'anneau crural gauche, une grosse tuméfaction, recouverte par la peau déjà enflammée. Il s'agit évidemment d'un phlegmon herniaire. La température est de 38°7, le pouls à 96 pulsations. La langue est rôtie, l'abdomen douloureux et légèrement météorisé.

M. Delore pratique aussitôt l'incision de la tuméfaction, qui donne issue tout d'abord à 50 grammes environ de pus fécaloïde, situé autour du sac. Cet abcès péri-herniaire communique avec l'intérieur du sac par un orifice, creusé dans les parois du sac et à bords déchiquetés et sphacelés. Dans le sac, enfin, on trouve une anse longue de quelques centimètres et en voie de sphacèle complet à teinte verdâtre.

On se décide à la résection intestinale, mais afin d'éviter l'inoculation du péritoine avec le pus, on incise d'emblée l'arcade fémorale, puis le péritoine est incisé circulairement du dessus du collet du sac. Toute la masse comprenant le sac et son contenu et les deux bouts intestinaux sus et sous-jacents sont alors facilement attirés au dehors. Cette manœuvre est analogue à l'omphalectomie dans la cure des hernies ombilicales adhérentes.

A ce moment, les deux bouts intestinaux sus et sous-jacents sont sectionnés; le mésentère de l'anse comprise dans le sac est ligaturé. On enlève alors le sac et l'intestin

contenu de haut en bas, puis on termine par la réunion des deux bouts de l'intestin au moyen du bouton de Murphy. Cette méthode est analogue à la méthode dite intra-péritonéale d'emblée, qui est classique dans la cure des anus contre nature. Toutes les manœuvres se passent en péritoine sain, en dehors de la région infectée, enfouie sous des compresses. Le péritoine est suturé, ainsi que l'arcade fémorale et la plaie pansée à plat.

Durée de l'opération, quarante minutes.

L'anse réséquée a 6 à 8 centimètres de longueur. Le bout supérieur est très dilaté et friable, le bout inférieur est contracturé.

Le bouton est bien appliqué, malgré la différence de calibre des deux segments intestinaux.

Guérison rapide. Bouton éliminé le quinzième jour.

OBSERVATION XXIII

Hernie crurale droite étranglée. — Déchirure du mésentère et ouverture de l'anse. — Résection intestinale. — Bouton anastomotique. — Guérison.

Femme très cachectique, âgée de soixante-trois ans, entrée à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Gangolphe, le 28 avril 1903, pour des accidents d'étranglement herniaire crural droit, datant de vingt-quatre heures. Elle est opérée devant M. Delore par un interne. Pendant l'ouverture du sac, l'intestin est blessé; de plus, le mésentère friable se déchire pendant les tractions.

M. Delore pratique la résection intestinale sur la longueur de l'anse étranglée, qui atteint 6 à 8 centimètres. Les deux bouts sont réunis par le bouton Murphy-Villard.

Guérison rapide. Bouton éliminé le quatorzième jour.

OBSERVATION XXIV

Hernie crurale droite étranglée. — Début de sphacèle. — Résection intestinale. — Bouton de Murphy-Villard. — Guérison.

Femme, âgée soixante-six ans, atteinte d'un étranglement herniaire, au niveau de l'anneau crural droit, entre à l'Hôtel-Dieu le 27 mai 1903. Le début de l'étranglement remonte à trois jours.

La kélotomie, faite par M. Delore, découvre un petit sac sans liquide, contenant une anse grêle, adhérente aux parois du sac par de la matière rougeâtre glutineuse. Le sillon inférieur est très aminci. Les parois de l'anse sont flasques, couleur feuille morte. Aussi, se décide-t-on à la résection intestinale, longue de 6 à 7 centimètres, et suivie de réunion des deux bouts par le petit modèle du bouton Murphy-Villard. Il y a, en effet, une forte rétraction de l'anse sous-jacente, tandis que le bout supérieur est dilaté et aminci.

Guérison rapide. Le bouton n'aurait pas été éliminé au départ de la malade, le 21 juin.

OBSERVATION XXV

Hernie crurale droite étranglée. — Hernie ombilicale. — Kyste multiloculaire de l'ovaire. — Kélotomie avec résection intestinale. — Extirpation du kyste de l'ovaire et cure radicale de la hernie ombilicale. — Guérison.

Femme, âgée de quarante-huit ans, entrée à l'hôpital de la Croix-Rousse, le 3 janvier 1904, avec des signes d'étranglement d'une hernie crurale droite. Le début des accidents remonte à trois jours et se caractérise par une douleur au niveau de l'anneau crural droit, par l'irréductibilité de cette hernie, des vomissements et l'arrêt complet des gaz et des matières. La situation se complique par l'existence d'un très volumineux kyste de l'ovaire et la présence d'une

hernie ombilicale qui a augmenté de volume sous l'influence de l'étranglement crural.

M. Delore est d'avis de borner l'opération à la levée de l'étranglement crural, mais l'événement l'obligea, comme on va le voir, à faire une opération plus complexe. La kélotomie montre un étranglement crural droit. Le sac est rempli de liquide sanguinolent et contient une petite anse intestinale d'aspect noirâtre. L'anneau est dilaté pour permettre d'attirer cette anse ; mais brusquement la réduction se fait, avant tout examen sérieux de l'intestin et malgré tous les artifices, on ne retrouve pas cette anse.

On se résout donc, devant le doute, à une laparotomie, mais l'anse reste cachée au-dessous du kyste, et l'on est obligé de pratiquer une ovariectomie, sans ponction préalable. Le kyste est, en effet, rempli par de la gelée qui n'aurait aucune tendance à sortir par l'orifice du trocart. Il s'agit d'un kyste de l'ovaire gauche.

Après l'ovariectomie, l'anse est facilement retrouvée, attirée au dehors. Elle est noire, flasque, de vitalité douteuse, et l'on en résèque 7 à 8 centimètres. Les deux bouts sont réunis par un bouton anastomotique.

L'opération est terminée par une cure radicale de la hernie ombilicale et la suture de la paroi abdominale.

Guérison. Bouton éliminé le vingt-quatrième jour.

OBSERVATION XXVI

Hernie crurale droite étranglée. Sphacèle intestinal. — Résection de l'intestin. — Guérison.

Femme, âgée de soixante-cinq ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, à la Clinique du professeur Poncet, le 10 mars 1905. Son état est cachectique. Elle est atteinte d'un étranglement herniaire crural droit, avec vomissements, arrêt des gaz, depuis vingt-quatre heures.

La kélotomie, pratiquée par M. Delore, fait tomber sur un

sphacèle herniaire avancé. Dans le sac, du liquide d'aspect vineux, à odeur repoussante. L'intestin est noirâtre avec reflets verdâtres, il est flasque et donne un son hydro-aérique. On se porte alors au-dessus du sac, et on ouvre le péritoine, en détachant circulairement le collet. La masse, constituée par le sac et son contenu, et, appendus à elle, les deux bouts de l'intestin, est attirée au dehors. A ce moment, on sectionne au-dessus de l'étranglement, les deux bouts intestinaux ; on lie le mésentère de l'anse étranglée et l'on peut alors enlever le paquet herniaire.

L'opération est terminée par la réunion des deux bouts de l'intestin avec le bouton de Murphy-Villard et la fermeture du péritoine. Pansement à plat de la plaie. La malade quitte l'hôpital guérie, le 10 avril, après avoir éliminé le bouton le treizième jour.

OBSERVATION XXVII

Hernie crurale droite étranglée. — Début de sphacèle intestinal.
— Résection intestinale. — Bouton de Murphy-Villard. — Guérison.

Femme de quarante-six ans, adressée à la Clinique du professeur Poncet, le 3 août 1907, pour une hernie crurale droite, étranglée depuis seize heures. La hernie est volumineuse et l'on a fait un taxis prolongé.

Kélotomie (M. Delore). Dans le sac, gros paquet épiploïque adhérent, dont l'ablation est longue et nécessite la section près du côlon transverse. Il y a, en outre, une anse grêle longue de 20 centimètres, noirâtre, avec reflet verdâtre très serrée par le collet du sac.

Résection de vingt-cinq centimètres d'intestin grêle, suivie de réunion par le bouton de Murphy-Villard.

L'opération a duré une heure.

Suture partielle du péritoine. Mèche dans le péritoine au contact de l'épiploon.

Guérison au bout d'un mois.

OBSERVATION XXVIII

Hernie crurale droite étranglée. — Etranglement et perforation de l'appendice. — Résection intestinale et appendiculaire. — Guérison. — (Delore et Chaliér, *Lyon Méd.*, 1907.

X..., cinquante-six ans, entre le 31 mai 1907, dans le service du professeur Poncet, pour une hernie crurale droite étranglée depuis trois jours. On trouve dans le sac herniaire un double étranglement : étranglement de l'appendice, sectionné par le collet du sac, près de son abouchement dans le cæcum ; étranglement d'une anse intestinale, située à un demi-mètre au moins du cæcum.

L'appendice, complètement gangréné, baigne dans une collection de pus fétide, dont une portion perforant le sac s'était déjà étalée dans les plans voisins.

L'appendice est réséqué, le bout cæcal est cautérisé et on réduit. L'intestin grêle, présentant quelques plaques douteuses et ayant baigné dans le pus, est réséqué et réduit.

Guérison.

OBSERVATION XXIX

Hernie inguinale gauche étranglée depuis quatre jours. — Intestin ecchymotique. — Résection. — Guérison. — (Résumée d'après la thèse de Blain.)

Ch. A..., vingt-sept ans, entre le 26 décembre 1899, dans le service du professeur Poncet, porteur d'une hernie inguinale gauche. La hernie est apparue au dehors il y a quatre jours et s'est accompagnée d'arrêt des matières et des gaz. M. Delore trouve dans le sac une anse grêle, longue de 10 à 12 centimètres. Le sillon supérieur est près de se sphaceler, l'intestin est dépoli, très hématosé. Adhérences récentes de l'épiploon à l'intestin, dans le sac herniaire qui contient un liquide séreux. Résection de 10 à 12 centimètres d'intestin.

Le malade évacue le bouton huit jours après.

Guérison par première intention. Un an après le malade va très bien.

OBSERVATION XXX

Hernie inguinale droite étranglée. — Intestin douteux. — Résection intestinale. — Bouton Murphy-Villard.

Homme, âgé de cinquante-trois ans, habitant le Beaujolais et atteint depuis vingt-quatre heures d'une hernie inguinale droite étranglée.

La kélotomie est pratiquée le 20 août 1902 par M. Delore qui trouve dans le sac du liquide séro-sanguinolent en assez grande quantité et une anse grêle longue de 12 à 15 centimètres; elle est ecchymotique, flasque, sans aucune contractilité après léger massage et ablution à l'eau chaude. Le mésentère est épaissi et paraît thrombosé. On se décide, devant ce doute sur la vitalité de l'organe, à faire une résection intestinale suivie de réunion des deux bouts par le bouton de Murphy-Villard. Puis résection du sac très épais, fermeture du péritoine et Bassini.

Guérison sans incident, maintenue en mai 1908.

OBSERVATION XXXI

Hernie inguinale gauche étranglée. — Début de sphacèle. — Résection intestinale. — Bouton de Murphy-Villard.

Femme, âgée de quarante et un ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 20 juillet 1903, atteinte de hernie inguinale gauche étranglée depuis vingt-quatre heures. Il y a des vomissements, arrêt complet des gaz et des matières.

La kélotomie, pratiquée par M. Delore, montre que le sac congénital présente à sa partie inférieure un diverticule séparé du prolongement supérieur par un anneau très tranchant, admettant à peine une pince hémostatique. Dans

cet anneau s'est insinué et étranglé le bord convexe d'une anse grêle. Il s'agit d'un pincement latéral, très serré.

Après section de cet anneau, l'intestin se réduit brusquement avant un examen suffisant. Il faut aller à sa recherche dans le péritoine à travers le trajet herniaire ; la consistance parcheminée permet heureusement de reconnaître cette anse, et le doigt en crochet la ramène au dehors.

Cette anse a une teinte feuille morte, une consistance de carton mouillé, elle a perdu toute élasticité et paraît vouée à un sphacèle rapide. Aussi fait-on une résection intestinale de 5 à 6 centimètres, suivie de réunion par le bouton de Murphy. La durée de l'opération est de trois quarts d'heure.

Guérison simple. Bouton éliminé le vingt et unième jour.

OBSERVATION XXXII

Hernie inguinale gauche étranglée. — Thrombose, hématome et épaissement du mésentère qui contient de gros ganglions. — Résection intestinale. — Bouton de Murphy-Villard. — Guérison.

Homme de soixante ans, vigoureux, entré à l'hôpital de la Croix-Rousse, le 9 juillet 1904, pour des accidents d'étranglement d'une ancienne hernie inguinale gauche.

Cette hernie remonte à plus de vingt ans. Depuis deux ans, elle présente des périodes d'irréductibilité qui durent huit à dix heures et se terminent spontanément. Les derniers accidents d'irréductibilité datent déjà de vingt-quatre heures, et des vomissements ont apparus. La hernie est volumineuse, tendue, et son fond est occupé par une assez grande quantité de liquide.

Kélotomie (M. Delore). On trouve dans le sac une certaine quantité de liquide séro-hématique et 20 centimètres environ d'intestin grêle. L'étranglement est peu serré, l'intestin sus-jacent est un peu épaissi, il est rétracté en aval. Le mésentère, contenu dans le sac, est très long, d'une épaisseur de 1 centimètre et demi au moins, et il ren-

ferme un gros hématome et plusieurs ganglions de nature indéterminée. Il est très dur, rigide, comme s'il était cancéreux.

Cette modification du mésentère est due probablement à des hématomes successifs et explique assez bien les étranglements à répétition de gravité réduite, mais croissante. Elle paraît indiquer la résection de l'intestin et du méso ; celle-ci est pratiquée, sur une longueur de 25 centimètres, autant pour éviter une cause d'occlusion future que pour empêcher la suppuration de l'hématome actuel. Les deux bouts sont enfin réunis par le bouton Murphy-Villard. Les deux segments sont très inégaux, le supérieur épais et dilaté, l'inférieur souple et rétracté. L'opération est terminée par la réfection de la paroi inguinale, selon le procédé de Bassini.

Guérison simple.

Histologiquement les ganglions furent reconnus de nature purement inflammatoire.

OBSERVATION XXXIII

Hernie inguinale gauche étranglée vésico-pubienne. — Résection intestinale à cause des lésions intestinales et mésentériques. — Guérison.

Homme de soixante-quatorze ans, envoyé à la Clinique du Professeur Poncet, le 18 décembre 1905, pour une hernie inguinale gauche, étranglée depuis dix-neuf heures.

La kélotomie est pratiquée par M. Delore et montre que le sac est arrêté à l'origine du canal et ne descend pas dans les bourses. Il s'agit d'une hernie oblique interne à collet très serré, contenant de l'intestin grêle, déjà noir et d'aspect douteux. Le mésentère, congestionné et thrombosé, se déchire et saigne abondamment. On se décide à faire la résection d'un segment intestinal long de 20 centimètres, autant à cause de l'aspect de la vitalité de l'intestin qu'à cause des déchirures du mésentère qui compromettraient

gravement cette nutrition. Réunion des deux bouts par le bouton de Murphy-Villard.

Guérison. Le bouton n'a pas encore été retrouvé dans les selles au moment du départ de l'hôpital, le 16 janvier 1906.

OBSERVATION XXXIV

Hernie inguinale droite étranglée. — Sphacèle de l'intestin.
Résection intestinale. — Bouton de Murphy-Villard. — Guérison.

Homme de soixante-onze ans, entré à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 5 juillet 1905, avec des phénomènes d'étranglement d'une hernie inguinale droite. Cette hernie, très ancienne, s'est étranglée depuis quarante-huit heures.

Kélotomie (M. Delore). Le sac, très épais, contient un liquide louche et légèrement odorant. Au fond du sac, adhère une anse intestinale, qui offre une plaque de sphacèle, de couleur verdâtre et du diamètre d'une pièce de 20 centimes. Devant ces lésions septiques, on se reporte au-dessus du collet du sac, après débridement, on ouvre le péritoine circulairement. Toute la masse, constituée par le sac et son contenu avec les deux bouts intestinaux sus et sous-jacents, devient libre et est attirée au dehors. L'intestin est coupé au-dessus et au-dessous de l'étranglement, le mésentère de l'anse étranglée est lié. On enlève le paquet formé par le sac et son contenu. Puis on termine par la réunion des deux bouts intestinaux, au moyen du bouton de Murphy-Villard, et la suture du péritoine.

La plaie est drainée. La résection intestinale est de 10 centimètres environ.

Guérison. Bouton éliminé le vingt-neuvième jour.

OBSERVATION XXXV

Hernie inguinale gauche étranglée avec ectopie testiculaire. — Sphacèle de l'intestin. — Résection intestinale et castration. — Bouton de Murphy-Villard. — Guérison.

Homme de cinquante-huit ans, entre à la Clinique du professeur Poncet avec des signes d'étranglement datant de deux jours et développés au niveau de l'anneau inguinal gauche. Un violent taxis a été pratiqué le jour même et le malade en porte des traces évidentes (27 octobre 1905).

Les bourses, la verge, le périnée, la région sus-pubienne sont en effet violacés et œdématiés. A l'incision sur la hernie, M. Delore trouve une véritable collection sanguine amassée dans la bourse gauche. Dans le sac, il y a peu de liquide; l'intestin, long de 30 centimètres, est noir, flasque, sans consistance; sa vitalité paraît irrémédiablement compromise. Il dégage une odeur gangréneuse caractéristique. On en pratique la résection et l'on réunit les deux bouts intestinaux par le bouton de Murphy-Villard.

Après l'ablation du sac, on enlève le testicule ectopié, petit et atrophié, et l'on établit un drainage du péritoine et de la plaie avec des mèches de gaze.

Bouton éliminé le dix-huitième jour. Guérison complète le 1^{er} décembre.

OBSERVATION XXXVI

Hernie inguinale droite étranglée. — Début de sphacèle. — Résection intestinale de 90 centimètres. — Guérison. — (V. *Lyon méd.*, 1908.)

Homme de vingt-six ans, porteur depuis six ou sept ans d'une hernie inguinale droite scrotale, entre à l'Hôtel-Dieu, parce que sa hernie est étranglée depuis la veille. Le malade est opéré par M. Delore, qui trouve dans le sac un liquide séro-hématique sentant mauvais et environ 80 cen-

timètres d'intestin grêle de couleur aubergine, mais sans plaque de sphacèle. Au niveau du collet existe un étranglement très serré, se traduisant par la présence sur l'anse d'une stricture circulaire, à ce niveau les tuniques intestinales ont une coloration blanchâtre très suspecte. Le coin mésentérique pincé dans le sac est extrêmement congestionné et déjà épaissi.

Après débridement de l'anneau on pratique une résection : ligature par pédicules séparés du mésentère, entérectomie, anastomose termino-terminale au bouton de Murphy-Villard. Pas de Bassini, étant donné qu'on est en milieu suspect, on rapproche seulement par quelques points de catgut la paroi postérieure, sutures cutanées avec drainage. L'opération dure environ trois quarts d'heure.

Le malade reste pendant deux jours autour de 40 degrés puis la température tombe, réunion à peu près *per primam*. Dès le deuxième jour le cours des matières se rétablit, rejet du bouton au huitième jour.

CHAPITRE V

RÉSULTATS

Berger, dans le *Traité de Chirurgie*, dit que Budberg-Bœninghausen et W. Kock ont pratiqué 4 entérectomies suivies de guérison, dans lesquelles la longueur de l'intestin réséqué variait de 60 centimètres à plus de 1 m. 25. Dayot fils (de Rennes), sur 3 résections intestinales pour hernies gangrénées, a obtenu 3 succès. Villard, avec son bouton, nous cite, au Congrès de chirurgie de 1895, 4 guérisons sur 4 cas. A. Wiener (de Chicago) affirme avoir pratiqué 10 entérectomies avec le bouton de Murphy et n'avoir perdu aucun malade.

Mais ce sont là des faits isolés. Dans les statistiques récentes nous voyons la mortalité encore très élevée. Czerny et Hahn accusent une mortalité de 45 pour 100, Mickulicz, de 33 pour 100; Borchard, de 36 pour 100; Ed. M. Corner (de Londres) donne 55 pour 100 de mortalité, mais l'auteur ne fait la résection que dans des cas très avancés; sa statistique serait probablement meilleure si l'opération était pratiquée également dans les cas douteux.

Blain, ajoutant ses 17 cas tirés de la pratique lyonnaise à ceux déjà rapportés dans les thèses antérieures

de Jeunet, Gorde, Maire et Pla, arrive à un total de 114 cas avec 23 morts, ce qui donne une mortalité de un peu plus de 20 pour 100.

Voici la statistique de M. Delore : Il a opéré en y comprenant les hernies suivies ou non de résection, 101 hernies crurales étranglées avec 85 guérisons et 16 morts, et 65 hernies inguinales avec 53 guérisons et 12 morts, soit un total de 166 hernies étranglées, inguinales ou crurales avec 28 morts, soit 16,8 pour 100 de mortalité générale. Sur ces 166 hernies, 29 ont été opérées avec résection, 137 sans résection. Dans les 137 sans résection, le nombre des morts a été de 24, soit une mortalité de 17,5 pour 100. Pour les 29 résections, il y a eu 4 morts, soit une mortalité de 13,8 pour 100. On ne saurait accuser M. Delore de partialité exagérée envers la résection puisque, sur 166 opérations de hernies étranglées, les résections intestinales atteignent seulement le chiffre de 29.

CONCLUSIONS

Voici les conclusions que nous inspirent ces résultats :

I. Dans la hernie étranglée, la résection est utile non seulement dans les cas où il y a gangrène étendue ou perforation, mais même dans les cas où le chirurgien a le moindre doute sur la vitalité de l'anse étranglée. Dans ce cas, tous les autres procédés se montrent quelquefois insuffisants et n'empêchent pas l'apparition d'accidents ultérieurs.

II. Les bons résultats donnés par la résection s'expliquent par la suppression de la zone intestinale malade paralysée, constituant sur l'intestin grêle une véritable zone d'arrêt pour les matières fécales. Après la résection, la stercorémie, cause si fréquente de la mort après la kélotomie, est rare. De plus, en supprimant une zone d'absorption toxique avec une muqueuse ulcérée, on évite ces accidents infectieux à distance qui constituent le principal danger de la kélotomie.

III. La résection ne semble pas exposer aux accidents tardifs de sténose intestinale : sur vingt-neuf opérations, dont plusieurs remontent à près de dix ans, on n'a observé aucun cas de rétrécissement.

IV. La résection aura d'autant plus de chances de réussir d'une part, que l'opération sera plus rapide, point qui sera réalisé par le bouton de Villard ; d'autre part, qu'on réséquera toute l'anse malade, en levant ainsi complètement le foyer infectieux. Il faut toujours opérer en tissu sain.

V. Dans les cas où il y a gangrène étendue ou une perforation de l'anse, le procédé que nous décrivons donne toute sécurité, il n'y a plus danger d'inoculation péritonéale par les matières septiques contenues dans le sac. La résection de l'anse sphacélée est pratiquée par une méthode analogue à la cure radicale des anus contre nature par la méthode intra-péritonéale d'emblée.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
ETIENNE ROLLET.

Vu :

POUR LE DOYEN, L'ASSESEUR,
J. COURMONT.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 14 novembre 1908.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBERTIN. — Contribution à l'étude de la hernie étranglée (*Province médicale*, 1895).
- ANSEL. — Etranglement secondaire après la kélotomie (thèse de Paris, 1899-1900).
- BERGER. — *Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus*.
- BLAIN. — *Résultats immédiats et éloignés du bouton de Murphy dans le traitement de la gangrène herniaire* (thèse de Lyon, 1900-1901).
- BOSC et BLANC. — Des lésions de l'intestin dans les cas de hernie étranglée et d'engouement. Du passage des microbes à travers les parois de l'intestin hernié (*Archives de médecine expérimentale*, 1896).
- CLADO. — *Bactérie de l'infection herniaire* (Congrès de Chirurgie, 1889).
- CORNER (Ed.-M.). — Traitement de la gangrène herniaire à l'hôpital Saint-Thomas, de 1901 à 1905 (*The Lancet*, 1908).
- CORNIL et TSCHISTOWICH. — *Archives de médecine expérimentale*, 1889.
- DELORE et JACOD. — Rétrécissement intrinsèque de l'intestin grêle consécutif à un étranglement herniaire (*Lyon médical*, 1904).
- FRANCOZ. — *Rétrécissements de l'intestin grêle consécutifs aux hernies étranglées* (thèse de Lyon, 1899).
- GORDE. — Thèse de Montpellier, 1894.
- GOUILLOU. — Quelques observations de rétrécissement intrinsèque de l'intestin (*Lyon médical*, 1903).
- HELPERICH. — Conduite à tenir dans les hernies avec gangrène de l'intestin (*Centr. f. Chir.*, 1896).
- JABOULAY et PATEL. — *Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet*.

- JEUNET. — Thèse de Lyon, 1899.
- LEDoux. — *Sur les congestions viscérales consécutives aux étranglements herniaires* (thèse de Paris, 1873).
- LEJARS. — Rapport à la Société de Chirurgie de Paris, 1905.
- LERICHE et COTTE. — *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominales*, 1905.
- MAIRE. — Thèse de Lyon, 1895.
- NEPVEU. — *Comptes rendus de la Société de Biologie*, 1875-1883.
- NICAISE. — Lésions de l'intestin dans les hernies (*Revue de Chirurgie*, 1881).
- PLA. — Thèse de Lyon, 1895.
- REGARD. — Thèse de Lyon, 1895.
- ROCHARD. — *Les hernies*, 1904.
- ROCHE. — *Sténoses intestinales tardives consécutives à l'étranglement herniaire* (thèse de Lyon, 1906-1907).
- ROUX. — *Des complications pulmonaires de la hernie étranglée et de leur pathogénie* (thèse de Montpellier, 1886).
- VALLAS. — *Société de Chirurgie de Lyon*, 1903.
- VILLARD. — Sténose intestinale consécutive à un étranglement herniaire (*Lyon médical*, 1905).
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.	7
CHAPITRE PREMIER. — Anatomie et pathogénie	9
I. — Anatomie pathologique	9
II. — Pathogénie des accidents toxi-infectieux	11
CHAPITRE II. — Accidents consécutifs à la réduction d'une anse étranglée	16
Accidents infectieux.	16
Complications mécaniques	24
CHAPITRE III. — Technique	31
CHAPITRE IV. — Observations	42
CHAPITRE V. — Résultats	60
CONCLUSIONS	63
BIBLIOGRAPHIE.	65

